FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE NANCY

1920-1921 2e Série. No 142

LES APPENDICITES

A

MANIFESTATIONS GAUCHES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 23 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

COURTOT Xavier-Henri-Jean

Chevalier de la Légion d'Honneur

Né le 24 Juin 1893, à BORON (Haut-Rhin)

Examinateurs de la Thèse :

MM. WEISS, professeur..... *Président.*

HAUSHALTER, professeur... *Juges.*

RICHON, agrégé..... *Juges.*

FAIRISE, agrégé..... *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

ANC. IMPRIMERIE VAGNER, 3, RUE DU MANÈGE

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1920-1921 — 2e Série. — N° 142

LES APPENDICITES

A

MANIFESTATIONS GAUCHES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 23 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

COURTOT Xavier-Henri-Jean

Chevalier de la Légion d'Honneur

Né le 24 Juin 1893, à BORON (Haut-Rhin)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Examinateurs de la Thèse :

MM. Weiss, professeur..... *Président.*

Haushalter, professeur... *Juges.*

Richon, agrégé..... *Juges.*

Fairise, agrégé..... *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

ANC. IMPRIMERIE VAGNER, 3, RUE DU MANÈGE

—

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. E. Meyer, ✲, I Q.
Assesseur : M. Weiss, O ✲, I Q.
Doyen honnoraire : M. F. Gross, O ✲, I Q.
Professeurs honoraires : MM. Beaunis, O ✲, I Q ; Nicolas, ✲, I Q ; Prenant, ✲, I Q ; F. Gross, O ✲, I Q ; Chrétien, I Q ; Herrgott, ✲, I Q

Professeurs

Clinique chirurgicale	M. Weiss, O ✲, I Q.
Chimie médicale et toxicologie	M. Garnier, I Q.
Hygiène	M. Macé, I Q.
Physiologie	M. E. Meyer, ✲, I Q.
Clinique médicale	M. Simon, I Q.
Histoire naturelle médicale	M. Vuillemin, I Q.
Clinique ophtalmologique	M. Rohmer, I Q.
Médecine légale	M. P. Parisot, ✲, I Q.
Clinique des maladies des enfants	M. Haushalter, ✲, I Q.
Anatomie pathologique	M. Hoche, ✲, I Q.
Clinique médicale	M. Etienne, I Q.
Clinique chirurgicale	M. Vautrin, ✲, I Q.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. Spillmann, ✲, I Q.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. Frœlich, ✲, I Q.
Physique médicale	M. Lambert, I Q.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. Fruhinsholz, ✲, I Q.
Histologie	M. Collin, ✲, I Q.
Anatomie descriptive	M. Lucien, ✲, I Q.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. Jacques, ✲, I Q.
Clinique des voies urinaires	M. André, ✲, I Q.

Chargés de cours complémentaires

Médecine opératoire	M. Michel, ✲, I Q, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	M. Michel, ✲, I Q, agrégé libre.
Clinique des maladies mentales	M. Paris, Q.
Clinique des maladies des vieillards	M. Richon, ✲, I Q, agrégé libre.
Pathologie interne	M. Richon, ✲, I Q, agrégé libre.
Accouchements (Cours théorique)	M. S. Remy, A Q, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. Perrin, I Q, agrégé.
Thérapeutique	M. Perrin, I Q, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. J. Parisot, ✲, I Q, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	M. J. Parisot, ✲, I Q, agrégé
Pathologie externe	M. Binet, I Q, agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1)	M. Caussade, A Q, agrégé.
Clinique d'électrothérapie	N...

Agrégés en exercice

M. Robert, I Q.	M. J. Parisot, ✲, I Q.	M. Job, ✲, A Q.
M. Binet, I Q.	M. Fairise, A Q.	M. Jeandelize, A Q.
M. Perrin, I Q.	M. Caussade, A Q.	M. P. Mathieu, A Q.
M. Thiry, ✲, I Q.	M. Barthélemy, ✲, A Q.	M. Pech, ✲, I Q.

Agrégés libres

MM. G. Gross, ✲, I Q ; Février, G O ✲, I Q. ; G. Michel, ✲ I Q ; Richon, ✲, I Q ; S. Remy, A Q ; Busquet, I Q.

M. H. Coiffard, I Q, Secrétaire.
M. Lambert des Cilleuls, ✲ ⛑, I Q, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON ONCLE, MONSIEUR L'ABBÉ FOUDROT

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de profonde reconnaissance

MEIS ET AMICIS

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

Professeur de Clinique chirurgicale

Officier de la Légion d'Honneur

À MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR HAUSHALTER

Professeur de Clinique médicale infantile

Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICHON

Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAIRISE

À TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON

AVANT-PROPOS

Sur le point de terminer notre vie d'étudiant nous sommes heureux de pouvoir témoigner notre reconnaissance à nos Maîtres de la Faculté de Médecine qui ont consacré leur temps et leur dévouement à assurer notre formation médicale. Nous n'oublierons pas nos Maîtres de l'Ecole de Médecine de Besançon et en particulier M. le Docteur Chapoy, qui ont guidé nos débuts dans la carrière médicale.

M. le Professeur Weiss a droit à toute notre gratitude en nous faisant le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Notre reconnaissance est assurée à M. le Professeur Haushalter. Nous avons suivi pendant un an avec grand profit ses intéressantes cliniques sur les maladies des enfants.

M. le Professeur agrégé Richon, dans le Service duquel nous avons été stagiaire à notre retour des Armées, a su nous rendre les études médicales à nouveau attrayantes après cinq ans d'absence. Nous l'en remercions vivement.

Nous remercions également M. le Professeur agrégé Fairise, qui a bien voulu juger notre travail. Nous gardons le meilleur souvenir du temps où aide-major aux Armées, détaché à un cours, nous avons suivi les travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Enfin, nous exprimons cordialement notre gratitude à M. le Docteur Hamant, chef de clinique du Service de chirurgie, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous a communiqué des observations intéressantes. Nous avons eu souvent recours à son obligeance pour diriger notre travail. Notre grande reconnaissance lui est acquise.

Nous tenons enfin à exprimer notre profonde amitié à nos amis et camarades d'études, les Docteurs Huffschmitt, Bresson, Martel, Laflotte, Gamaleïa, Joseph et Causeret.

Et maintenant, nous voulons pour quelques instants nous replacer au sein du 23e R. I., auquel nous avons eu l'honneur d'appartenir pendant trois années de la Grande Guerre. C'est un devoir pour nous d'évoquer le souvenir de chefs qui, tels le Docteur Vantey, le Capitaine Schwartz, le Commandant Veau, et, d'une façon toute particulière, le Docteur Adam, Médecin-chef de l'Asile de Rouffach, nous ont donné maintes preuves de leur estime, des camarades qui, comme le Capitaine Maisonneuve, le Capitaine Léchevin, le Lieutenant Duc, le Lieutenant Ninet, nous ont donné de nombreux gages de bonne et solide amitié. Enfin, nous n'oublierons pas nos brancardiers, collabarateurs aussi modestes que précieux qui, sous l'autorité intrépide du Caporal

Verne, ont toujours été à la hauteur de toutes les tâches.

Nous saluons la mémoire du Commandant Cret, du Capitaine Perret, du Lieutenant Mosny, et de tous nos camarades du 23e, Officiers ou Soldats, qui sont morts au Champ d'Honneur.

INTRODUCTION

Dans ces quelques pages que nous consacrons à la question de l'appendicite à gauche, nous aurons en vue l'étude de deux catégories bien différentes de faits cliniques : l'une renfermant les cas d'appendicites *primitivement gauches* dans le cadre de laquelle nous ferons rentrer l'appendicite herniaire gauche et une autre catégorie groupant les appendicites *secondairement gauches*.

Ce sujet de l'appendicite, un peu démodé à l'heure actuelle, a eu une grande vogue dans les environs de l'année 1900. Et si toutefois, suivant P. Delbet qui plaisantait l'exérèse outrancière des Américains, l'on n'est pas arrivé à exiger des candidats aux écoles et aux places du gouvernement un certificat d'appendicectomie, concuremment au certificat de vaccine, il n'en est pas moins vrai qu'aujourd'hui loin de la période d'engoûment, tout le monde admet que l'appendicite est une des affections les plus fréquentes en pathologie, une affection dont le diagnostic sou-

vent difficile doit être fait d'une façon précise, à plus forte raison pour ce qui concerne les formes anormales, si l'on veut éviter une catastrophe.

L'intervention faite à temps et en son temps est bénigne dans ses suites, mais encore faut-il en poser les indications en resserrant son diagnostic différentiel.

Beaucoup d'excellentes choses sont été écrites jusqu'à ce jour sur ce point particulier du si vaste chapitre de l'appendicite.

Nous nous efforcerons dans ce travail qui sera avant tout un travail de synthèse de donner une idée d'ensemble sur la question regroupant les faits autant que possible rationnellement en éliminant dans le grand nombre des observations toutes celles qui ne sont pas rigoureusement probantes. Sans trop insister sur l'anatomie, la pathogénie et la symptomatologie qui ont déjà fait l'objet de nombreuses études, nous nous attacherons à développer spécialement tout ce qui a rapport au diagnostic et au traitement.

Mais voyons au préalable comment la question a été envisagée jusqu'à ce jour.

HISTORIQUE

Les Américains se regardant comme les « inventeurs » de l'appendicite en général, il faut néanmoins laisser aux Français le mérite d'avoir par leurs observations cliniques approfondies, mis la question au point.

Pour ce qui nous occupe en particulier, c'est à G. Routier que revient l'honneur d'avoir le premier, en 1890, parlé de l'appendicite à gauche, dans une communication à la Société de Chirurgie au sujet d'un jeune homme de 23 ans mort de péritonite généralisée d'origine appendiculaire. Toute la symptomatologie était à gauche, la fosse iliaque droite étant absolument libre, aucun signe, aucun symptôme. L'appendicite ne fut pas soupçonnée.

Legueu, en 1891, relate un cas d'inversion des viscères. Quelques auteurs, tels Ricard, dans la *Gazette des Hôpitaux*, signalent sans insister l'existence de l'appendice à gauche.

Jalaguier, en 1892, rapporte dans les bulletins de la Société de Chirurgie un fait presque analogue à celui de Routier.

Jacob, en 1893, en fait mention dans sa thèse toujours sans insister.

A l'étranger, en 1893 seulement, Fowler traite le sujet dans un court mémoire. Foges, en 1896, exagère en prétendant que 40 % des cas diagnostiqués ont une symptomatologie gauche.

Puis en France, en 1897, Termet et Vanverts, dans un mémoire qui est resté une date, présente avec de nombreuses observations une étude sérieuse sur la question.

En 1898, Barbet y consacre le sujet de sa thèse inaugurale.

Depuis cette époque, les communications sur l'appendicite à gauche aux différentes sociétés savantes et dans les revues ont été nombreuses. Citons comme particulièrement bien étudiées les thèses d'Aroud en 1900, de Senglar en 1905 et de Chauveau en 1906, auxquelles nous aurons souvent recours.

Puis en 1914, Bérard et Vignard dans leur ouvrage sur « L'appendicite » consacrent un chapitre à l'appendicite à gauche.

Malgré nos recherches sur ce sujet, nous n'avons rien prouvé dans la littérature médicale de la période de guerre et nous en arrivons à la toute récente communication de MM. Weiss et Hamand à la Société de Médecine de Nancy, communication qui a servi de base à notre propre travail.

PATHOGÉNIE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne ferons pas dans ce chapitre l'étude de la pathogénie de l'appendicite en général. On la trouve partout. Nous n'aurons en vue que ce qui concerne strictement l'appendicite gauche et pour débuter nous envisagerons d'abord le groupe qui se rencontre le plus souvent dans la pratique courante : les appendicites droites avec symptomatologie gauche. Puis nous verrons ensuite les appendicites véritablement gauches.

A) Appendicite à manifestation gauche

Comment expliquer qu'une appendicite localisée à droite puisse provoquer des manifestations subjectives et objectives dans la fosse iliaque gauche. Plusieurs hypothèses sont à envisager.

1° Propagation lymphatique

Elle peut se faire suivant deux mécanismes différents (les lymphatiques appendiculaires se jettent

dans les ganglions ilio-cœcaux qui communiquent avec les ganglions méso-coliques. Ces derniers sont en rapports avec les lymphatiques sous-péritonéaux).

Dans un premier cas les germes infectieux sont absorbés par les lymphatiques qui les diffusent ensuite dans différents points de l'abdomen provoquant des abcès enkystés. Après une discussion fort intéressante sur ce sujet à la Société de Chirurgie de Paris en 1895, la plupart des chirurgiens admirent en définitive qu'il s'agissait d'une septicemie péritonéale, les germes à virulence atténuée laissant à la séreuse le temps de se cloisonner, des adhérences, des traînées de pus, pouvant marquer parfois, pas toujours, la trace de ce processus.

Suivant un second mode par le fait des néomembranes, il s'est établi des néoanastomoses lymphatiques qui mettent en communication la circulation de l'appendice avec celle du feuillet pariétal du péritoine. Il y a lymphangite de ce feuillet pariétal, l'infection peut alors progresser dans des sens divers, à gauche en particulier. Nous retombons dans le cas précédent.

2° Propagation pelvienne puis iliaque gauche

MM. Weiss et Hamant, dans leur communication à la Société de Médecine de Nancy, donnent comme le plus fréquent de tous le mode de propagation suivant :

« Le plus souvent, il ne s'agit que de l'extension

de lésions pelviennes ; le vermis plongeant dans le petit bassin y détermine une péritonite localisée.

« L'inflammation n'y reste pas toujours cantonnée, elle peut remonter le long du mésocolique, dirigée, guidée pourrait-on dire entre le mésentère et la racine droite du côlon pelvien, ou bien limite surtout ses effets dans l'espace compris entre la paroi de l'excavation et la racine gauche de ce même méso. Il s'ensuit une réaction plus ou moins vive dans cette région gauche du flanc. Les observations de Lance, sous leur dénomination d'appendicite pelvienne gauche, confirment absolument ces données. Le maximum des lésions étaient dans l'excavation pelvienne, mais la péritonite gagnait dans la fosse iliaque gauche. Obrastzoff formule lui-même une variante de cette hypothèse, lorsque parlant de ces péritonites d'origine appendiculaire qui, d'abord limitées à droite, fusent soit en haut (forme sous-hépatique), soit en bas (forme pelvienne) et peuvent donner naissance, alors, à une périsigmoïdite avec symptômes douloureux bien nets à gauche.

« Ce sont les mêmes données anatomiques qui font comprendre pourquoi dans certaines observations de péritonite généralisée, d'origine appendiculaire, à point de départ situé dans la fosse iliaque droite, on peut observer une prédominance ou même une exclusivité de la douleur à gauche. ».

3° Abcès crevant a gauche

D'après MM. Weiss et Hamant (*loc. cit.*) « Il s'agit d'une péritonite généralisée dont le début fut

plus ou moins torpide. La barrière protectrice, formée par les anses intestinales accolées, fut refoulée lentement, puis se rompit tout à coup et produisit au-delà de la ligne médiane à gauche, une douleur vive, intense, aiguë qui devient le symptôme capital.

4° Abcès fusant sous le mésentère

Enfin, et toujours d'après MM. Weiss et Hamant, on peut envisager « la possibilité d'une collection suppurée qui, enkystée et bridée à droite, fuse sous le mésentère, recouverte par la masse intestinale et l'épiploon, et vient s'étaler à gauche, où l'espace libre lui est moins parcimonieusement mesurée. Elle provoque en cette zône hospitalière le maximum de réaction ».

B) **Appendicite à gauche**

On peut dans certains cas se trouver en présence d'appendicite dont le foyer normal siège dans la fosse iliaque gauche. C'est le fait d'une situation anormale de l'appendice, situation qui peut relever de plusieurs causes :

1° Inversion des viscères

L'inversion complète a été observée, mais elle est très rare. Le cas le plus net, devenu classique, est celui rapporté par Legueu dans les *Bulletins* et *Mémoires de la Société d'Anatomie*, 1891.

« Il s'agit d'un homme de 57 ans, mort de tuberculose et chez lequel l'examen des viscères a permis de constater la disposition exceptionnelle que voici :

« La fosse iliaque droite était occupée dans son entier et uniquement par des anses de l'intestin grêle. Le péritoine est lisse et uni.

« La fosse iliaque gauche, au contraire, donnait asile au cœcum, qui s'y présentait tout à fait superficiel avec son appendice.

« Le cœcum était en rapport par sa face postérieure avec l'S iliaque et se trouvait réuni à ce segment intestinal par un mince ligament péritonéal d'une longueur de 4 à 6 centimètres.

« Le côlon ascendant, loin d'occuper la région lombaire droite, se dirigeait obliquement de bas en haut et de gauche à droite vers la partie supérieure de l'abdomen. Arrivé au niveau du pylore, un peu en dedans du fond de la vésicule biliaire, il formait un coude pour se continuer avec le côlon transverse.

« Celui-ci, d'une longueur de 10 centimètres environ, avait une disposition anormale et, après avoir atteint la grosse tubérosité de l'estomac, redescendait, suivant le côlon descendant, obliquement vers la fosse iliaque gauche où il plongeait profondément.

« Le revêtement péritonéal du cœcum était complet. L'organe était entouré de toutes parts de séreuse et jouissait d'une mobilité que ses connexions avec l'S iliaque ne restreignaient que fort peu.

« L'appendice vermiculaire, d'une longueur de 6 centimètres, était lui aussi recouvert par la séreuse, qui lui formait un méso. Il n'existait pas d'autres anomalies de viscères. »

Bruce Young en rapporte un autre exemple. « L'intestin grêle était presque tout entier à droite, « la partie sigmoïde en bas à gauche et alors le « cœcum et son appendice occupaient la fosse iliaque « gauche ; ce dernier plongeait dans le détroit infé- « rieur. »

De même encore le cas relaté dans l'observation XII et celui de Farabœuf publié dans le *Progrès Médical*, de 1885.

2° Défaut de migration du cœcum et de l'appendice.

Ce défaut de migration peut être total (le cœcum et l'appendice restant à gauche) ou partiel, le cœcum et son appendice étant dans une position intermédiaire.

A l'origine, l'intestin forme un tube rectiligne fixé à la ligne médiane rachidienne par le mésentère. Le cœcum se différencie vers la cinquième semaine ; vers la huitième commence le mouvement de torsion qui l'amène de la fosse iliaque gauche sous le foie, d'où il descendra dans la fosse iliaque droite.

Si ce mouvement est incomplet le cœcum restera par exemple, et le cas se présente, soit sur la ligne médiane, dans le voisinage de l'ombilic, soit plus à gauche de la ligne médiane, soit tout à fait à gauche. L'appendice se trouvera alors d'une façon générale derrière le muscle grand droit gauche ou dans l'hypochondre gauche.

Citons-en comme exemple les trois cas de Ryerson Fowler publiés dans le *Méd. News*, du 25 nov. 1893. Nous en rapportons deux (Obs. X et XI).

3° Chute du cœcum dans la fosse iliaque gauche.

La présence du cœcum et de l'appendice sur la ligne médiane ou dans la fosse iliaque gauche au lieu d'être congénitale comme précédemment peut être secondaire. Ce déplacement d'organe primitivement en position normale s'explique d'une façon très simple par l'absence ou par la faiblesse des attaches ou par l'exagération de leur longueur. Pour ce qui est de l'absence, Broca cite dans une observation, un cas où il y avait 15 centimètres de colon ascendant dépourvu de méso. C'est une disposition qui, d'après lui, ne serait pas rare chez l'enfant.

Quand à la laxité des ligaments signalée encore comme particulière à l'enfant, rapportons le cas de Pujol qui, autopsiant un monstre exencéphale a trouvé le colon transverse replié sur lui-même à la suite d'une coudure en son milieu, le colon ascendant superposé au colon descendant et le vermis sur la face antérieure de l'S iliaque.

Cette laxité peut chez l'adulte, plutôt chez le vieillard, être une cause de ptose des viscères abdominaux. Chez des femmes en particulier épuisées par les grossesses, possédant une paroi flasque, le colon transverse s'abaisse, le colon ascendant entraînant avec lui le cœcum et l'appendice se déjette sur la ligne médiane, tendant, semble-t-il, à s'effondrer sur le petit bassin.

Dans ce groupe il faut évidemment faire rentrer tous les cas de hernies inguinales gauches contenant l'appendice accompagné généralement du cœcum

Rivet en 1894 rapporte trois cas d'appendicocèle gauche pour 92 appendicocèles droites.

Pujol en relate un certain nombre dans la *Gazette des Hôpitaux* (octobre 1896).

Schwartz publie une observation très détaillée dans laquelle la hernie contenait non seulement le cœcum et le vermis, mais encore une portion de l'iléon et du colon ascendant.

Ces hernies inguinales de l'appendice ne peuvent être que bien difficilement diagnostiquées et bien souvent elles sont une surprise de la kélotomie.

On les rencontre plus fréquemment chez l'enfant et chez le vieillard.

Comme mécanisme, outre l'absence, la laxité des attaches, on peut encore admettre que dans un certain nombre de cas, l'appendice plus mobile que le cœcum, s'est déplacé le premier dans la fosse iliaque gauche, s'y est fixé et y a attiré le cœcum secondairement.

Pour terminer, citons à titre de curiosité l'observation de Von Arx relative à une hernie scrotale. Par suite d'une forte scoliose qui déviait la colonne vertébrale à gauche et le bassin à droite, le cœcum se trouvait avoir été placé dans la fosse iliaque gauche, il avait de la passé dans le sac herniaire (Aroud, obs. VII).

4° Longueur exagérée et direction transversale gauche de l'appendice

L'appendice normalement a une longueur de 6 à 10 cm. Ces dimensions varient beaucoup. On en a

vu de 20 cm. (Hassler, Soc. Anatomique du Nord, 26 février 1900).

Lannelongue en cite un de 22 cm., Luschka un de 23 cm., Grauer un de 33 cm., etc.

Sa situation est tout aussi variable que sa longueur. On classe ses différentes positions suivant un certain nombre de types : type descendant le plus commun, celui qui donne l'appendicite classique ; type latéral externe ; type rétrocœcal postérieur ; type ascendant antérieur et enfin celui qui nous intéresse particulièrement, le type latéral interne qui suivant Lafforgue se rencontre dans 26 % des cas. Ce serait suivant Testut le type le plus fréquent après le type descendant.

Dans ces conditions quoi d'étonnant à ce qu'un appendice anormalement long, en position latérale interne suivant une direction transversale, parallèle à la portion terminale de l'iléon, puisse gagner la ligne médiane et de là, la fosse iliaque gauche.

Cet appendice sera complètement libre ou fixé à différents organes par le fait d'adhérences, résultant de toute irritation du péritoine, ayant intéressé le mésoappendice. Dans ce cas d'appendice fixé à gauche, toute lésion de sa pointe donnera une symptomatologie uniquement gauche.

L'appendice peut être uni par des adhérences, à tous les organes du petit bassin : à la vesssie, à l'S iliaque (cas de Harris), à l'ovaire (cas d'Aroud ou l'appendice était fixé à la partie postérieure de l'ovaire gauche, à la suite d'une salpingo-ovarite gauche) ; à l'utérus (observation 13) l'appendice

était adhérent au côté gauche de cet organe ; à la paroi antéro-latérale gauche de l'abdomen (2 cas relatés par Harris).

Le diagnostic d'appendicite dans ce cas où le vermis est adhérent à un organe souvent malade pour son propre compte, sera, on le conçoit particulièrement difficile.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous adopterons le même ordre que pour la pathogénie et nous envisagerons successivement comment se manifeste l'appendicite droite propagée à gauche et l'appendicite véritablement gauche.

A) Symptomatologie gauche des appendices droites

Il peut y avoir bilatéralité des symptômes avec prédominance des symptômes à gauche dans le cas de péritonite généralisée, ou manifestations uniquement gauches.

1° Appendicite avec bilatéralité des symptomes

En général la douleur débute à droite et quelques heures, parfois quelques jours plus tard, se propage à gauche, ou elle peut devenir prédominante au point de masquer totalement les signes qui peuvent exister dans la fosse iliaque droite.

On peut envisager également le cas, ou la douleur ayant d'abord apparu à gauche, s'est propagée à

droite. C'est un fait qui n'est pas exceptionnel et qui a comme substratum une péritonite torpide, à colibacille, le plus souvent chez un enfant.

Il en va de même des signes physiques : la tuméfaction, l'hypéresthésie cutanée, généralisées à tout l'abdomen ont néanmoins un maximum gauche.

La coexistence des signes d'inflamation à droite et à gauche était très nette dans les deux observations 4 et 5 et dans les obs. 8 et 9 ou l'affection avait débuté à droite. Obratzoff, décrit cette variété d'appendicite de la façon suivante :

Après avoir fait remarquer que l'appendicite peut s'étendre à la fois en haut et en bas et donner lieu à une périty phlite et une périsigmoïdite concomitantes, il s'occupe surtout des cas où cette dernière prédomine. « Les symptômes sont plus tardifs que dans la périty phlite, ne se montrent que cinq à neuf jours après le début de l'affection. Outre les phénomènes subjectifs, miction et défécation douloureuses, *douleurs autonomes dans la fosse iliaque gauche*, on a ici des signes physiques des plus nets : saillie de la paroi, matité au-dessus du pubis, allant de la fosse iliaque gauche, transversalement, ou le plus souvent, obliquement en haut et à droite, et, arrivée sur le bord externe du grand droit de l'abdomen du côté droit, descendant jusqu'au pubis le long de ce même bord. Le point le plus culminant de la saillie abdominale se trouve à deux travers de doigt de l'ombilie. Toujours près du bord externe du muscle droit de l'abdomen du côté droit. Parfois ce point culminant se trouve sur la ligne médiane;

et la saillie rappelle par sa forme en poire, la vessie distendue sans parler du cathétérisme décisif en ce cas, le son n'est pas, à la percussion, d'une matité franche comme dans la distention vésicale. C'est plutôt un mélange de matité et de tympanisme.

« A la palpation, souvent gargouillement comme dans la périty phlite ; la périsigmoïdite se distingue par l'épaississement et la dilatation de l'anse du colon, donnant à la palpation la sensation d'un bourrelet résistant, très douloureux. L'S. iliaque, étant dilatée jusqu'à 8 et 9 cm. de diamètre, ne descend pas directement dans le petit bassin, mais forme une anse rappelant par sa forme un Ω, et directement appliquée contre la paroi abominale, d'où saillie, résistance, matité et douleurs au-dessus de l'arcade pubienne et de la fosse iliaque gauche : *d'où ce tableau clinique paradoxal de l'appendicite de la fosse iliaque gauche ; tandis qu'à droite les symptômes sont relativement très peu marqués.*

« De même que dans la périty phlite, l'inflammation ne remonte pas jusqu'au colon transverse, la périsigmoïdite ne s'étend pas jusqu'au colon descendant. On peut constater par la percussion, nettement le passage d'un segment d'intestin résistant, douloureux et mat à un autre segment dilaté, tendu, mais indolore, et donnant le son sonore du colon descendant. Il n'y a pas de raison pour admettre de différence quantitative ou qualitative du contenu de ces deux segments intestinaux qui sont en continuation directe l'un avec l'autre. Il faut donc admettre que la matité de l'S iliaque est due à l'épaississement de

ses parois et du péritoine pariétal et à l'exsudat inflammatoire.

« Outre les signes physiques identiques dans la périty phlite et la périsigmoïdite, la ressemblance des deux processus devient plus frappante par la formation de bosselures en chapelet, le long du bord externe du muscle droit de l'abdomen.

« La durée de la périsigmoïdite est plus longue que dans les formes précédentes; de trois semaines à deux mois, parfois de trois à quatre mois.

« Tout ce qui a été dit à propos de l'extension de la péri-appendicite simple peut être répété pour l'appendicite perforante ; même matité dans la fosse iliaque droite, ou plus ou moins généralisée; même sensation de résistance, même passage au cœcum et au colon descendant (périty phlite suppurée) ou à l'*S* iliaque et à l'anse sigmoïde du colon (périsigmoïdite suppurée). Mais l'appendicite perforante a une tendance à la généralisation de la péritonite ».

Il est certain d'un autre côté que les symptômes varieront avec la nature de l'agent causal. Une péritonite à streptocoque évolue d'une façon dramatique, une péritonite à colibacille débute d'une façon torpide, d'autant plus dangereuse. C'est cette dernière qui est la plus fréquente chez les enfants, et chez eux l'on passe parfois en quelques instants de l'embarras gastrique banal à la septicémie par perforation. Autre fait, la température qui n'est jamais élevée dans les infections colibacillaires ne peut guère faciliter le diagnostic, à moins que l'on

se trouve en présence d'un cas où la température s'abaisse jusqu'à l'hypothermie en même temps que croît la fréquence du pouls. C'est alors que l'urgence de l'intervention s'impose d'une façon toute particulière.

Il est bien évident que dans les cas de péritonite généralisée, gravité plus grande et symptomatologie propre, mises à part, les manifestations objectives ne diffèrent pas de celles que nous avons décrites à propos de la péritonite localisée : douleur, ballonnement dominant dans la fosse iliaque gauche, soit primitivement (Voir obs. 6 et 7), soit secondairement (Voir obs. 8).

2. Symptomatologie uniquement gauche

Il peut s'agir ou d'un abcès enkysté de la fosse iliaque gauche dont la formation a passé inaperçue, ou encore d'une symptomatologie réflexe.

1. *Abcès enkysté de la fosse iliaque gauche.* — Prenons le cas d'une lésion appendiculaire minime sans éclat symptomatologique, suffisante cependant pour causer une lésion lymphatique et ganglionnaire, elle-même de peu d'importance, et dont l'expression clinique sera nulle.

L'infection suivant la voie lymphatique que nous avons décrite dans le précédent chapitre ira provovoquer un abcès à distance par exemple de la fosse iliaque gauche, abcès enkysté dont la caractéristique sera une incubation longue avec parfois retour absolu à la santé. Mais cet abcès enkysté finira par manifester son existence, l'orage éclatera et tout

attirera l'attention du côté gauche, le côté droit restant silencieux.

2. *Symptomatologie réflexe.* — L'appendice est innervé par des fibres émanant du plexus solaire lequel contracte de nombreuses anastomoses avec le plexus hypogastrique. Il s'ensuit qu'une lésion appendiculaire torpide peut causer des irradiations douloureuses en des points variés, dans la fosse iliaque gauche, par exemple (Obs. 19).

B. **Appendicite gauche**

1° Appendicite gauche

L'appendice est à gauche, soit qu'il s'agisse d'une inversion, d'un défaut de migration, d'une ptose du cœcum et de l'appendice dans la fosse iliaque gauche (Obs. X et XI) ou d'une lésion de la pointe de cet organe anormalement long (Obs. 13 et 14), la symptomatologie est celle de l'appendicite siégeant à sa place habituelle.

2° Appendice fixé

D'autre part, la symptomatologie sera très variée et parfois déconcertante quand l'appendice très long empruntera ou s'associera des manifestations supplémentaires en rapport avec les adhérences qu'il aura contractées avec un ou plusieurs organes du petit bassin (obs. 13). Nous nous en rendrons compte quand nous étudierons le diagnostic différentiel.

3° Appendice hernie

L'appendicocèle provoquera quelques malaises, douleurs dans la hernie. On les attribuera à des adhérences épiploïques.

Mais cet appendice hernié peut être cause de manifestations plus bruyantes, car il est par sa situation plus vulnérable et peut devenir rapidement la proie de l'infection. Il sera très facilement lésé et réagira, ou en s'étranglant, ou en devenant le siège d'une appendicite commune.

1. *Étranglement de l'appendice.* — C'est à quoi il faudra songer quand on se trouvera en présence de symptômes d'étranglement fruste et incomplet, c'est-à-dire en définitive, d'un « engouement herniaire ». La constipation est opiniâtre, mais les gaz passent et l'on pense à de l'épiploon étranglé ou à un pincement latéral de l'intestin.

Cet étranglement pourra être partiel ou total et se compliquer de sphacèle.

2. *Appendicite herniaire.* — On distingue généralement trois formes d'appendicite herniaire : aigue, chronique et suppurée.

Dans le 1er cas, une hernie banale devient rapidement le siège d'une douleur intense en même temps qu'apparaissent une tuméfaction sensible à la pression et des phénomènes généraux. On pense à l'étranglement herniaire et l'on intervient.

Dans le cas d'appendicite chronique on a toute la symptomatologie de l'engouement herniaire, avec en plus généralement un état dyspeptique très marqué. Enfin l'appendicite suppurée constitue le phlegmon herniaire. Les tissus voisins réagissant il pourra se produire une fistule stercorale (Obs. 15 et 16).

DIAGNOSTIC

Appelé auprès d'un malade qui se plaint soit du côté gauche, soit des deux côtés en même temps, mais avec prédominance de la douleur à gauche, l'on tiendra grand compte des commémoratifs, l'on recherchera tous les symptômes et signes de l'appendicite.

Quoique leur description ne rentre pas dans le cadre de ce travail, nous insisterons cependant sur l'utilité d'un moyen de diagnostic : la radiographie. Grâce à elle, on fera non seulement le diagnostic d'une lésion possible, mais encore ce qui nous intéresse tont particulièrement, un diagnostic de siège.

Un appendice sain laisse passer le bismuth. Il peut se faire qu'il se remplisse totalement, mais progressivement et d'une façon irrégulière. Ces irrégularités sont alors passagères. Il n'en est pas de même d'un appendice malade qui, ou ne se remplit pas du tout, ou se remplit partiellement avec des irrégularités qui sont permanentes et donnent sur

l'épreuve un curieux aspect de tire-bouchon avec zônes claires et zônes foncées alternant en vrille.

Ce diagnostic d'appendicite gauche sera toujours difficile et bien souvent, sans radiographie, on pensera à une toute autre affection.

1° Appendicite aigüe sans tuméfaction iliaque

On observe à gauche de la douleur, de l'hypéresthésie cutanée de la contracture sans tuméfaction, une réaction péritonéale variable. A quoi peut-on penser ?

Tout d'abord, on éliminera la gastro-entérite par intoxication alimentaire et les manifestations abdominales d'une affection thoracique (pneumonie).

Une poussée d'entéro-colite aigüe peut simuler l'appendicite : douleur, vomissement, ballonnement, température. Mais le ballonnement est plus prononcé que dans l'appendicite et permet la palpation douce sans éveiller de douleur. De plus, le début est moins brusque. L'entéro-colite pourra d'ailleurs venir compliquer une appendicite.

Dans l'oclusion intestinale, on y avait pensé dans l'observation 6, il y a absence totale de matières et de gaz, la température est peu élevée, les vomissesements au lieu de disparaître deviennent fécaloïdes.

Le début, volvulus de l'S iliaque mis à part, s'il s'agit d'obstruction mécanique, est plus lent.

Chez un vieillard très constipé ou ayant eu une rectite, en présence de symptômes de début peu marqués, on pourra songer à une perforation de l'S

iliaque. Il s'en suivra une péritonite, soit généralisée, soit enkystée.

Les coliques utérines ne nous arrêteront pas longtemps, soit qu'elles apparaissent avant les règles chez la jeune fille dont l'utérus est encore en antéflexion (elles présentent des irradiations caractéristiques dans les lombes et dans les cuisses), soit que chez une jeune femme elles soient liées à une rétroversion. Dans ce cas, le toucher fera le diagnostic. Mentionnons encore dans des cas d'avortement, des douleurs que l'intéressée rapporterait à une appendicite inexistante.

Dans la colique néphrétiqué, l'absence de fièvre, les irradiations vers la vessie, le testicule, des urines sanglantes, l'élimination d'un calcul, feront le diagnostic.

La colique de plomb sera éliminée par les antécédents, le liseré de Burton, le tremblement et ce fait que le ventre est rétracté et qu'il n'y a pas de température. Une réserve est à faire : un saturnin peut faire de l'appendicite.

Citons encore la possibilité d'une poussée granulique limitée à la fosse iliaque gauche et pour simple mention une hernie possible de l'ovaire ou des crises entéralgiques tabétiques.

2° Appendicite aigüe avec tuméfaction iliaque

La première chose à laquelle on pensera, c'est la sigmoïdite. Elle présente tous les signes de l'appendicite, douleur, tuméfaction de la fosse iliaque gauche, constipation, sauf les vomissements et la

fièvre. Mais la douleur n'est pas très violente et la tuméfaction revêt la forme d'un boudin mobile qui se délimite bien. On ne la trouve que chez les vieillards, elle est en rapport avec la constipation.

Le diagnostic sera plus délicat dans le cas de périsigmoïdite, car la tuméfaction aura perdu sa mobilité et des signes généraux intenses apparaîtront qui marqueront sa tendance à la suppuration.

La tuberculose, le cancer infectés de l'anse oméga ne peuvent que de loin rappeler l'appendicite. La péritonite consécutive à cette infection est une épisode terminal.

La péritonite bacillaire localisée pourra être méconnue et diagnostiquée appendicite. Bérard en rapporte deux cas chez des enfants où après un début aigu, la fièvre persistant « entre 38° et 39° avec du ballonnement modéré du ventre sans vomissements ni réaction péritonéale vive il y avait quelques gaz et les lavements ramenaient des matières ; la palpation du ventre n'indiquait ni plastron ni gâteau péritonéal à cause du ballonnement, la palpation le long de la crête iliaque et en arrière éveillait une douleur qui faisait penser à une localisation sous cœcale. L'opération pratiquée comme pour ouvrir une collection postérieure sous colique, révéla la nature tuberculeuse du processus ». C'est là une observation qui se rapporte à un cas d'appendicite à siège normal, mais il est évident qu'une localisation gauche peut se présenter.

La psoïte gauche est rare, plus fréquente à droite, car elle est le plus souvent d'origine appendiculaire.

Petit Alexis en rapporte deux cas dont l'un était la complication d'une salpingite du même côté. On y pensera en présence d'une flexion de la cuisse sur le bassin et en constatant une douleur au niveau du petit trochanter.

Le phlegmon périnéphrétique sans grande manifestations préalables du côté des reins (comme dans la tuberculose rénale, les pyohémies d'origine cutanées, ou chez les accouchées) peut simuler l'appendicite. On recherchera d'une part les antécédents digestifs et d'autre part les antécédents urinaires. La douleur, aigüe en cas d'appendicite, n'est pas très marquée dans le phlegmon périnéphrétique. Elle devient d'ailleurs rapidement lombaire, quoique dans certains cas (périnéphrite calculeuse) elle puisse avoir son siège uniquement antérieur. Les phénomènes généraux du début sont plus violents dans le phlégmon périnéphrétique.

Enfin on pourra songer en dernier ressort aux abcès profonds de la fosse iliaque gauche, liées généralement à l'ostéomyélite de l'os iliaque qui dans ce cas est douloureux.

Des cas de coxalgie, de sacrocoxalgie, d'ostéosarcôme, ont parfois donné lieu à des erreurs de diagnostic et inversement (obs 17).

3) **Appendicite pelvienne**

Nous serons bref dans ce chapitre, n'insistant que sur l'éventualité qui se rencontre le plus fréquemment, le cas de salpingite.

Dans la salpingite il y a un passé génital gonococcique ou obstétrical, le péritoine réagit moins vivement, l'hyperthermie est moins brusque et moins durable. Enfin les culs de sac ainsi que l'utérus mobilisé sont douloureux. Dans l'appendicite, les troubles intestinaux, vomissements, constipation sont plus marqués, l'état général est plus mauvais. Le diagnostic est à faire rapidement, car l'on intervient immédiatement en cas d'appendicite avec symptomatologie pelvienne, alors que dans le pyosalpinx, on temporise jusqu'au retour à la température normale. Ce diagnostic sera très ardu dans des cas qui ne sont pas rares quand l'appendice malade adhèrera aux annexes, les infectera, ces derniers pouvant à leur tour provoquer de la sigmoïdite.

Un kyste de l'ovaire tordu (Obs. 18), peut donner lieu à des manifestations analogues à celles de l'appendicite : douleurs violentes, vomissements, contracture, pouls petit, température. Mais alors les réactions péritonéales et thermiques sont moins vives et moins durables et d'autre part la palpation décèle un foyer bien limité au lieu de l'empatement profond et diffus de l'appendicite.

L'hématocèle suppurée ne s'accompagne pas de contracture de la paroi. Il y a la pâleur caractéristique des hémorragies avec tendance à la syncope. On trouve une masse molle dans le Douglas. Enfin on recherche les signes de grossesse, en se rappelant que l'appendicite est parfois une complication de la grossesse ectopique, celle-ci créant un état congestif dans un organe déjà malade. L'appendicite en retour,

infecte la collection sanguine et transforme l'hématocèle simple en hématocèle suppurée.

Jalaguier rapporte un cas d'hématomètre avec hématosalpinx, chez une fillette de 12 ans, avec prédominance des douleurs et de la tuméfaction à gauche et tous les signes conventionnels et généraux de l'appendicite. Le toucher rectal en lui révélant l'existence d'un prolongement de la tumeur vers le périnée, lui fit songer à examiner l'orifice vaginal. Il y avait imperforation de l'hymen.

Chez la femme enceinte, on pourra dans les premiers mois de la grossesse, se trouver en présence d'une rétroflexion qui accompagnée de nausés et de vomissements avec douleurs vives, pourra jusqu'à un certain point simuler l'appendicite. Le toucher vaginal et le toucher rectal feront le diagnostic.

Chez la nouvelle accouchée ayant de songer à l'appendicite, il faudra éliminer le phlegmon du ligament large, une pelvipéritonite par perforation ou des accidents infectieux liés à la rétention des membranes.

Citons pour terminer la possibilité pour un abcès de la prostate d'en imposer jusqu'à un certain point pour un foyer appendiculaire pelvien qui serait sur le point de s'ouvrir dans l'S iliaque.

4. Appendice dans un sac herniaire

Il y a deux cas à envisager : celui de l'étranglement de l'appendice et celui de l'appendicite herniaire.

1. Étranglement de l'appendice

En présence d'une hernie crurale ou inguinale qui donne lieu à des symptômes d'étranglement incomplet, on pensera généralement à une épiploïte étranglée. La difficulté sera grande de faire le diagnostic, car dans ce dernier cas, on ne peut dire qu'une chose, c'est que la tumeur est plus dure.

On pourra songer encore au pincement latéral d'une anse de l'intestin grêle.

2. Appendicite herniaire (Obs. 15 et 16)

Dans ce cas le diagnostic est presqu'insoluble. En général on pense au phlegmon herniaire banal. Quand on se trouve en présence d'une hernie inguinale, c'est la déférentite suppurée, l'infiltration d'urine, le phlegmon de la cavité de Retzius qui sont envisagés. Dans les hernies crurales, on songe à l'adénite du ganglion de Cloquet. D'ailleurs une hernie peut devenir douloureuse au cours d'une appendicite abdominale et il peut d'autre part y avoir coexistence d'appendicite avec un étranglement herniaire.

ÉVOLUTION - COMPLICATIONS

1. Appendicite gauche

Pour ce qui a rapport à l'appendice à siège anormalement gauche, soit qu'il s'agisse d'une inversion ou d'un défaut de migration, ou de chute du cœcum dans la fosse iliaque gauche, le pronostic et le mode évolutif ne différeront pas de ce qu'ils seraient si l'appendicite était à droite.

Dans l'hypothèse d'un appendice dirigé transversalement vers la ligne médiane et la fosse iliaque gauche, le pronostic variera suivant que d'une façon générale et comme dans le cas précédent on se trouve en présence d'une lésion localisée, ou généralisée. Un élément de gravité se surajoute si le siège de l'abcès appendiculaire se trouve dans la région mésocœliaque ou retentit sur elle. Il est rare que les anses grêles et l'épiploon aient le temps de sagglutiner l'infection envahit rapidement tout le péritoine et, l'on a le tableau clinique de la péritonite foudroyante généralisée d'emblée. Dans le cas où cet appendice

très long serait adhérent à un organe de la fosse iliaque gauche (ovaire, trompe, anse oméga) il se produira généralement un abcès enkysté mais la gravité sera celle d'une lésion nouvelle surajoutée.

L'abcès appendiculaire pourra s'ouvrir dans l'organe en question et s'évacuer spontanément par les voies naturelles. L'éventualité la plus fréquente dans cet ordre d'idée est l'ouverture spontanée dans l'anse oméga ou le rectum pour les appendicites pelviennes.

L'appendicite herniaire est une variété grave de péritonite herniaire. Totalement enflammé, l'appendice offre moins de danger que s'il reste partiellement sain, car dans ce dernier cas la communication demeure établie entre le foyer d'infection et la grande séreuse péritonéale : on court tous les risques de la péritonite généralisée.

2. **Appendicite de propagation**

Quand il s'agit de propagation lymphatique transmésentérique, les germes sont ordinairement à virulence très atténuée, la séreuse péritonéale a le temps de réagir, des cloisonnements provoquent la formation d'abcès enkystés.

Le pronostic sera bon avec toutefois cette réserve qu'après une première intervention on pourra être amené à en faire une seconde et même une troisième pour aller à la recherche de nouveaux foyers, qui avaient passé inaperçus la première fois.

Un abcès appendiculaire droit fusant à travers le mésentère donnera une péritonite progressive qui

généralement se localisera sauf si elle évolue dans le tissu cellulaire rétropéritonéal. Le pronostic est alors sérieux. Cavaillon cite 20 cas de morts sur 31 cas observés de phlegmons rétropéritonéaux.

Dans le cas d'abcès rompant brusquement ses adhérences, c'est la péritonite généralisée en perspective.

En cas d'appendicite pelvienne avec retentissement dans la fosse iliaque gauche, le pronostic est grave.

C'est en effet une indication d'ensemencement multiple. De plus, après l'intervention, le drainage est moins facile. La mortalité est élevée. Sénéchal dans sa thèse compte 23 décès sur 88 observations. La septicémie, les coudures de l'intestin grêle, l'occlusion par brides, sont des complications assez fréquentes.

Nous n'insisterons pas sur les complications dans les appendicites primitivement gauches, elles sont de même ordre qu'à droite, ou suppuratives, ou toxiques et infectieuses. Pour les appendicites secondairement gauches, elles seront celles de la péritonite localisée.

Signalons toutefois la possibilité des abcès de la rate qui sont une complication des appendicites gauches. Neugebauer en publie deux cas, l'un personnel et l'autre emprunté à Bessel-Hagen. Ce dernier est très intéressant. Chez un jeune homme de 18 ans, première intervention pour un abcès périappendiculaire droit. Deux jours après, seconde intervention commandée par une suppuration de la

fosse iliaque gauche. La température ne tombe pas, il y a de la douleur dans l'hypochondre gauche et la rate est hypertrophiée. Alors, troisième intervention, résection des 9e et 10e cartilages costaux, évacuation d'un abcès de la rate. Guérison.

TRAITEMENT

L'intervention chirurgicale faite en son temps et dans les meilleures conditions, est le traitement de choix. Comment intervenir ? Plusieurs cas sont à envisager.

Dans la péritonite généralisée on s'efforcera de remonter l'état général le plus possible avant, pendant l'intervention (serum, huile camphrée) et on opérera le plus rapidement possible. L'intervention sera brève. L'incision sera médiane, sous-ombilicale (Obs. I, VII, VIII et IX). Elle aura l'avantage de pouvoir compléter le diagnostic et de poser les indications d'incisions complémentaires dans les flancs, soit dans l'un ou l'autre, ou même dans tous les deux. On recherchera toujours l'appendice pour l'extirper. Si la chose est impossible (Obs. I, II et III), car il faut respecter les adhérences qui limitent le mal, cette ablation se fera ultérieurement dans un second temps. Le foyer sera lavé au serum tiède ou à l'éther et l'on drainera.

Si les phénomènes sont limités à la fosse iliaque

gauche, c'est uniquement à gauche qu'on interviendra, suivant une technique symétrique à celle qui serait de règle si la lésion siégeait à droite (Obs. I, II, III et IV). Quand il existe des symptômes douloureux dans les deux fosses iliaques, on pensera à faire encore comme dans le cas de péritonite généralisée, une incision médiane, suivie d'ouvertures complémentaires. Mais il est préférable d'intervenir au point où l'on trouve le maximum de symptômes (empâtement, douleur) quitte à faire une contre ouverture pour assurer la bonne qualité du drainage. Si, éventualité nouvelle, en plus de lésions qui se manifestent dans les deux fosses iliaques, on a lieu de soupçonner la présence d'une collection dans le petit bassin, on pourra compléter les interventions précédemment énoncées par une colpotomie ou une insision rectale.

La colpotomie portera sur le cul-de-sac gauche (Obs. XVIII) ou sur le cul-de-sac postérieur en son milieu. L'index droit ira chercher et crever l'abcès, la main gauche faisant de l'expression abdominale. On mettra ensuite le malade en position de Fowler.

L'incision rectale (Obs. I) se fera généralement après dilatation anale (Obs. I). La position d'intervention sera celle de la taille ou celle de la prostatectomie. La collection purulente recherchée doit bomber au-dessus de la prostate. On intervient soit avec des ciseaux courbes guidés sur un doigt de la main gauche, soit avec la pince de Chaput qui d'une façon générale est préférable. On drainera et on placera encore l'opéré demi-assis.

Enfin, on opérera généralement l'appendicite herniaire sous le diagnostic d'étranglement. La découverte de l'appendice sera la surprise de l'intervention. On le reséquera toujours, même s'il est sain, se rappelant combien cet organe ectopié est facilement la proie de l'infection.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Tirée de la communication de MM. Weiss et Hamant à la Société de Médecine de Nancy (Novembre 1920).

Abcès primitif de la fosse iliaque gauche compliqué d'un abcès du petit bassin.

Simone M., âgée de 13 ans, fut examinée pour la première fois le 23 novembre 1919. Elle souffrait à ce moment depuis une huitaine de jours de douleurs très vives dans la fosse iliaque gauche, l'enfant, pendant cette semaine, souffrit de malaises divers. Elle se plaignait de nausées fréquentes, eut même quelques vomissements. Les selles étaient rares, les gaz peu abondants.

L'enfant fut envoyé à l'hôpital, car la fièvre qui oscillait aux environs de 38°5-39° ne baissait point malgré la thérapeutique employée et l'état général devenait mauvais. A son arrivée, nous sommes frappés par son aspect fatigué. Les yeux sont excavés, cernés, les ailes du nez sont soulevés à chaque inspiration, les lèvres sont bleuâtres. La respiration est superficielle, fréquente, surtout thoracique, l'abdomen est ballonné, tendu, on distingue à sa partie inférieure un réseau veineux, plus marqué que normalement. La palpation, péniblement supportée sur toute la surface du ventre, est surtout

douloureuse à gauche, l'enfant se plaint particulièrement de la région du flanc. La douleur est apparue dès le premier jour à ce niveau et s'y est toujours maintenue. Le flanc droit se laisse difficilement déprimer en raison du ballonnement notable déjà signalé, mais on n'y détermine aucune sensation pénible.

En pratiquant la percussion, on détermine en dessous et à gauche de l'ombilic une matité franche s'étendant sur près de quatre travers de doigts en largeur et trois en hauteur. On délimite ainsi une surface mate de près de 6 centimètres carrés, masse limitée par une zone très sonore, surtout vers la région pelvienne.

Le toucher rectal ne fournit aucun renseignement intéressant.

La température est à 38°5, le pouls à 112. Pas de selles depuis deux jours et trois gaz seulement pendant cette période.

En raison de l'état général grave de la malade, on admet la nécessité d'une intervention immédiate, mais à quelle affection avons-nous affaire ?

L'âge de la malade permet d'éliminer les nombreuses affections génitales aiguës que l'on est accoutumé de rencontrer chez les femmes, de même que la situation haute de la zone de matité fait rejeter l'hypothèse de la torsion d'une tumeur d'origine annexielle.

L'enfant n'a pas de passé intestinal, il faut donc laisser de côté toutes les lésions coliques, sigmoïdites ou périsigmoïdites. On avait pratiqué, naturellement l'examen de la vessie, la sonde n'avait rien ramené et du reste l'existence d'une zone sonore sus-pubienne mettait cet organe hors de cause. Rien ne pouvait faire songer à une invagination chronique ou aiguë, les rares selles étaient d'aspect normal ; rien à une lésion bacillaire ou autre, ayant provoqué une crise d'obstruction.

La brutalité de l'évolution, ainsi que l'histoire de la malade fait songer à une appendicite ou à une diverticulite, mais on est un peu dérouté par la localisation des douleurs siégeant dès le début, dans le flanc gauche, puis par la présence d'une collection justa-médiane dont le centre ne coïncide même pas avec la zône sensible.

Néanmoins, étant donné l'absence d'infection médicale antérieure (pneumococcie par exemple) connaissant par ailleurs les variations multiples des lésions de l'appendice, on pense se trouver en face d'une affection subaiguë de cet organe et on se prépare à intervenir.

Quelle voie fallait-il employer ?

Si on admettait que le siège primitif des lésions se trouvait à gauche, il fallait inciser de ce côté, d'autre part, on se trouvait ainsi bien loin du siège normal de l'appendice. Il nous sembla préférable d'utiliser une solution mixte, de pratiquer une laparotomie médiane, sous-ombilicale, qui, tout en nous permettant d'ouvrir et de drainer correctement la collection que nous avions délimitée, nous procurerait ensuite la facilité de nous guider selon les constatations que nous pourrions faire et de porter nos investigations soit à droite, soit à gauche.

On pratique donc une incision de 10 centimètrss environ, puis, très prudemment, on incise couche par couche les tissus profonds déjà légèrement infiltrés. Après avoir traversé une couche de tissus de trois centimètres d'épaisseur environ, on évacue tout à coup un flot de pus jaune verdâtre, d'odeur horriblement fétide. On a la sensation d'avoir en même temps entendu un léger sifflement traduisant la sortie d'une quantité notable de gaz, accumulés dans la cavité néoformée.

Celle-ci est détergée à l'aide de compresses, puis un lavage très prudent au sérum et à l'eau oxygénée, permet de constater que la collection est limitée en haut par l'épiploon, latéralement et en bas par des anses intestinales distendues, recouvertes de granulations.

Du côté droit, on aperçoit vers la partie moyenne une petite masse sphacélée et, en essayant de la dégager, on se rend compte qu'il s'agit de l'extrémité de l'appendice. Celui-ci est mis à nu après isolement de la cavité suppurée et saisi jusqu'au cœcum qui est en position normale.

Résection de l'appendice après ligature, section du méso comme d'usage.

On installe ensuite un drainage soigné, complété par un tamponnement léger des décollements effectués.

A la suite de ce traitement, l'état général se releva vite et la température descendit dès le lendemain à 37°5. Pouls : 90.

Il s'écoule de la plaie médiane une quantité notable de

liquide séro-purulent, mais l'appétit est redevenu bon, l'intestin fonctionne à merveille et l'on escomptait une guérison rapide et simple.

Le dixième jour, la température remonte et atteint bien vite 38°, puis 38° 5, l'enfant se plaint en même temps de diarrhée, souffre d'un ténesme pénible d'épreintes.

Le toucher rectal est pratiqué. Il permet de sentir très haut, au-dessus de l'utérus, une masse qui bombe légèrement dans la lumière intestinale, la plaie abdominale suinte à peine, et l'incision est presque cicatrisée.

On attendit encore deux jours, tout en surveillant régulièrement l'augmentation de la tuméfaction rectale que l'on sentit enfin fort nettement.

L'enfant est endormie, puis on pratique la dilatation anale. S'aidant alors de la pince de Chaput, on perfore la paroi antérieure du rectum, ce qui permet d'éliminer une collection purulente fort odorante, de coloration verdâtre. Le trocart pince est enfin remplacé par un tube en croix.

Dès le lendemain, la température tombait à 37° 5, la diarrhée cessait, l'appétit redevint bon. Quatre jours après, le tube qui avait laissé suinter une quantité appréciable de sérosité purulente, est expulsé avec une selle, mais on maintient l'orifice béant, en pratiquant chaque matin, pendant quelques jours, le toucher rectal.

Le 28 décembre, tout est rentré dans l'ordre, l'orifice intestinal est oblitéré, la plaie abdominale est fermée, le ventre est souple, les fonctions intestinales s'effectuent normalement. L'enfant rentre chez elle pour le 1er janvier et ses parents ont envoyé encore tout récemment des nouvelles excellentes de la jeune opérée qui n'a jamais depuis rien ressenti d'anormal.

En résumé : Douleurs vives, localisées à gauche, traduisant l'existence d'un abcès assez volumineux pointant dans la fosse iliaque de ce côté, mais collection développée primitivement dans la région justa-médiane sous mésentérique, au contact d'un appendice sphacélé à sa pointe. Incision médiane, résection de l'appendice, drainage de la collection qui fusa *secondairement* dans le petit bassin et guérison après ponction et incision par le rectum.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Hamant).

M. Fl..., 58 ans. En excellente santé antérieure.

Est pris subitement d'une douleur vive dans la fosse iliaque gauche. Il y a de la constipation depuis deux jours. Des nausées surviennent en même temps que le pouls s'accélère à 100 et que la température monte légèrement 37°8. La face est pâle et les traits tirés. M. le professeur Weiss, consulté, prescrit des compresses chaudes, un peu d'opium et la diète.

Aucune amélioration le jour suivant, bien au contraire, la langue est sale, la constipation est absolue, rétention totale des matières et des gaz ; la douleur est toujours vive dans la fosse iliaque gauche. Le moindre contact est douloureux. La palpation révèle un état de contracture de la paroi qui, d'abord léger, s'accroît progressivement et finit par occuper toute la fosse iliaque.

Le troisième jour, la percussion y révèle une matité absolue ; des vomissements apparaissent, la température est à 38°5. Le toucher rectal ne décèle rien d'anormal. En aucun moment on ne constate, ni le moindre symptôme, ni le moindre signe dans la fosse iliaque droite. De la glace est appliquée.

Au *huitième* jour la situation a empiré. L'état général est mauvais. La température est voisine de 39° et s'y maintient. La fosse iliaque gauche est ballonnée d'une façon assez notable. Les douleurs sont cependant moins vives. L'examen physique montre un plastron volumineux et assez bien limité dans la fosse iliaque gauche. Toujours rien à droite. M. le P^r^ Weiss décide d'intervenir. Il pratique l'incision classique pour la formation de l'anus iliaque ; l'effondrement de la paroi donne issue à un flot de pus, un litre environ, très fétide. L'inspection de la poche ne révèle rien d'anormal. Des mèches et un drain sont mis en place. Les premières seront retirées deux jours après, le second est raccourci progressivement par la suite. Douze jours après, l'état

général est redevenu bon, la paroi souple. Un mois après, le malade, guéri, reprenait ses occupations.

M. le professeur Weiss lui propose alors l'ablation de son appendice, le malade s'y refusa.

M. le Professeur Weiss admet, ayant écarté le diagnostic de sigmoïdite et de périsigmoïdite, que dans ce cas il s'est agit d'un abcès d'origine appendiculaire, causé vraisemblablement par un vermis très long lésé à sa pointe. Cette dernière après s'être nécrosée et éliminee, a permis une cicatrisation suivie d'une guérison totale de l'organe. Ce dernier n'a plus été l'objet d'aucune manifesation pendant les années qui suivirent.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le docteur Hamant).

M. L..., de Lunéville, 56 ans, est pris en pleine santé d'une violente douleur dans le ventre, qu'il localise dans la fosse iliaque gauche. Il allait à la selle régulièrement les jours précédents. Il y a quelques vomissements verdâtres, pas de température, le pouls est à 90. La palpation révèle, paraît-il, à ce moment, une hypéresthésie cutanée avec un peu de contracture de la paroi. Le médecin consulté, met le malade à la diète et fait appliquer de la glace. Au bout de trois jours l'état du malade ne s'est pas amélioré. La douleur est un peu moins vive, mais il y a toujours des vomissements et de plus un arrêt complet des matières et des gaz. Le ventre est ballonné. Les urines sont rares et rouges. Les traits sont altérés, le pouls rapide, la température est à 38°. M. L... est alors amené à Nancy et présenté à M. le professeur Weiss.

L'état est le suivant. Facies tiré, langue saburrale. Température 38°. Pouls 110. Empâtement de la largeur de la main dans la fosse iliaque gauche, matité et hypersensibilité à ce niveau. Le reste de l'abdomen est ballonné, mais indolore et d'une souplesse normale. La palpation, même profonde de la fosse iliaque droite ne provoque aucune réaction.

Cet état persiste pendant 48 heures, toujours avec

absence de matières et de gaz. Comme l'état général semble décliner, M. le professeur Weiss décide l'opération.

Il pratique sous chloroforme à gauche, l'incision de Roux, qui a l'avantage de se faire presque au centre du plastron. Il arrive rapidement sur un foyer purulent, fétide, d'où s'écoule une quantité appréciable de pus. Après son évacuation, la poche est explorée délicatement. Elle est tapissée de fausses membranes, l'appendice n'est pas trouvé. On n'insiste pas. Lavage au sérum. Drainage. La plaie est suturée partiellement.

Dans les jours qui suivent, l'état général s'améliore, la suppuration diminue petit à petit et six semaines après l'intervention, le malade retourne à Lunéville, l'appendicectomie qu'on lui propose alors, n'étant pas acceptée.

Il semble qu'il se soit agit dans ce cas, d'un appendice très long, ou d'un abcès secondaire enkysté de la fosse iliaque gauche.

OBSERVATION IV

(Termet et Vanverts – *Gazette des Hôpitaux*, mars 1897)

Le nommé Henri P... âgé de 15 ans, ouvrier en pianos, entre, le 11 septembre 1896, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le docteur Monod, remplacé par M. Arrou.

De bonne santé antérieure, il ressentit, il y a dix jours, vers 11 heures du matin, de violentes douleurs abdominales. Il quitta son travail, rentra chez lui et dut s'aliter. Ces douleurs, qu'il ne peut localiser, persistèrent avec des vomissements et de la diarrhée continuelle. Au moment où on allait l'emmener à l'hôpital, il ressentit une violente douleur abdominale qui aurait été plus violente à droite qu'à gauche.

L'état constaté, à son entrée à Saint-Antoine est le suivant : ballonnement considérable du ventre ; douleur nettement plus violente à *gauche* ; à la pression, la douleur qu'on réveille à gauche est plus marquée que celle qui existe à droite ; la douleur n'existe que dans la partie sous-ombilicale de l'abdomen ; pouls petit et rapide ; faciès grippé ; tempéra-

ture vespérale : 38° 4. Immédiatement au-dessus des arcades crurales, existe de la submatité ; un peu plus haut, dans toute la région sous-ombilicale, sonorité très superficielle.

Le 12 septembre, M. Arrou fait une incision au niveau de la fosse iliaque droite. On tombe sur une vaste collection de liquide séro-purulent, fétide et mélangé de gaz, s'étendant transversalement jusque dans la fosse iliaque gauche, mais paraissant limitée en haut par des adhérences. On pratique une seconde incision médiane. Lavage à l'eau bouillie. Drainage dans différentes directions.

La température monte le 13 septembre à 38°8 et 39°5, puis oscille entre 37° et 38° pendant quatre jours et tombe à la normale. L'état général s'améliore progressivement.

OBSERVATION V (Résumée)

(Termet et Vanverts - *Gazette des Hôpitaux* 1897)

Jeune homme de 19 ans, journalier de bonne santé antérieure.

Le 26 janvier 1894 apparurent des douleurs abdominales très vives qui forcèrent le malade à s'aliter. Vomissements alimentaires. Les jours suivants, on observe les mêmes phénomènes avec en plus ballonnement du ventre et constipation absolue. Le 29 janvier il est transporté dans le service de M. Debowe à l'hôpital Andral où il reste 15 jours. Purgation, régime lacté. Ses douleurs abdominales diminuent d'intensité, elles se localisent d'abord dans la fosse iliaque droite, puis dans la fosse iliaque gauche. On le transporte à l'hôpital Saint Antoine dans le service du Docteur Monnod. Son état est le suivant : l'abdomen est ballonné, sensibilité à la pression de la fosse iliaque droite, le moindre attouchement de la fosse iliaque gauche est très douloureux et l'on trouve en ce point un empâtement sans fluctuation appréciable. Cette dernière région est nettement mate à la percussion. Opération le 14 février, incision de la fosse iliaque gauche, analogue à celle de la ligature de l'artère iliaque externe. Ecoulement abondant de pus épais, un peu fétide.

Seconde incision analogue à la précédente dans la fosse

iliaque droite ; écoulement de pus, les foyers droit et gauche communiquent.

Suites : Pas de fièvre, pas de vomissement, guérison.

OBSERVATION VI

Péritonite suppurée généralisée avec prédominance des symptômes à gauche

(Termet et Vanverts. *Gazette des Hôpitaux*, Mars 1897)

Le nommé Lise L..., âgé de 20 ans, marchand de vins à Saint-Denis, est apporté à l'hôpital dans l'après-midi du 25 décembre et est aussitôt admis salle Ambroise Paré (Laribosière), salle du docteur Reynier.

L'état du malade est très précaire. Il est si mal qu'on ne peut guère l'interroger. D'après les renseignements recueillis auprès de ceux qui l'accompagnaient, on peut savoir que les accidents ont débuté quatre ou cinq jours auparavant, par une violente douleur dans la fosse iliaque gauche. Depuis, il n'y avait pas eu d'issue de matières fécales, ni de gaz par l'anus.

A l'examen, facies péritonéal grippé, nez pincé, yeux caves, langue sale, sèche et saburrale. Abdomen météorisé dans toute son étendue, mais présentant une légère saillie vers la fosse iliaque gauche. A la palpation, l'abdomen est douloureux dans toute son étendue, mais principalement dans la fosse iliaque gauche. Le diagnostic porté d'abord, le malade ne paraissant pas avoir de température, fut obstruction intestinale ou étranglement interne. M. Isch Wall, assistant du docteur, fut prévenu. A son arrivée, la température du malade avait été prise et on lui avait trouvé de l'hyperthermie. Le diagnostic fut alors modifié et on pensa à une péritonite d'origine inconnue, mais relevant probablement d'une affection dans le voisinage de l'*S* iliaque.

Du chloroforme fut administré en très petite quantité à cause de la gravité de l'état du malade et en raison de la prédominance des symptômes à gauche, une incision fut faite à gauche, qui conduisit à un vaste foyer purulent, paraissant limité par de fausses membranes ; on examina l'*S* iliaque sur

lequel on ne trouva rien et, en raison de l'affaiblissement rapide du malade, on ne poussa pas les recherches plus loin ; la cavité fut lavée, drainée et la paroi suturée. Le malade fut reporté dans son lit, on l'entoura de boules d'eau chaude, on lui fit des piqûres de caféïne et d'éther et des injections de sérum ; mais malgré tout il mourut quelques heures après.

A l'autopsie, on trouva une péritonite suppurée généralisée, et on trouva également un appendice en situation normale, mais perforé.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Jalaguier. *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1892)

Enfant de 10 ans 1/2, ayant eu deux légères attaques d'appendicite il y a six mois et il y a un mois. Le 21 mars 1892, les mêmes accidents se reproduisent, les douleurs partent du côté gauche et s'irradient dans la verge. Reçu dans la soirée du 24 à l'hôpital Trousseau, M. Legroux le fait passer le lendemain en chirurgie.

Le diagnostic de péritonite généralisée ne faisait pas de doute : vomissements incessants, ventre uniformément ballonné et très douloureux, surtout dans la fosse iliaque gauche ; facies grippé ; pouls 120 ; température 38° 5.

Laparotomie médiane. Grande quantité de pus dans la fosse iliaque gauche. Les anses intestinales, visibles dans la plaie, sont recouvertes de fausses membranes, d'autant plus jaunâtres et d'autant plus épaisses qu'on se rapproche du côté droit. En arrivant près du cœcum, on tombe sur une nouvelle collection purulente contenant une petite boulette fécale. Deux drains du côté du cœcum, deux dans le bassin où existait aussi du pus, un du côté gauche.

Suites simples. Le 4 mai, l'enfant était guéri et il quittait l'hôpital le 14 mai.

OBSERVATION VIII

(Termet et Vanverts. *Gazette des Hôpitaux*, 1897)

Homme de 19 ans ; pris brusquement dans la nuit du 18 au 19 mars 1893 d'une vive douleur dans le ventre. La veille et

les jours précédents, le malade avait été à la selle régulièrement. Le 19 mars, selle noirâtre. Le 20, douleurs dans tout l'abdomen avec maximum dans la fosse iliaque droite ; vomissements verdâtres peu abondants, pas de selle, fièvre.

Au moment de son entrée dans le service de M. Monod (22 mars), l'état est le suivant : facies grippé, langue sabburale, température 37° 5, pouls 96, ventre douloureux et ballonné ; empâtement très douloureux à la pression et très nettement délimitable dans la fosse iliaque droite, faisant une saillie appréciable à la vue, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale ; matité à ce niveau. Glace intus et extra ; lait, opium.

23 mars. — Hoquet ; pas de vomissements. Température 37° 5 ; le soir 38°.

24-25-26 mars. — Amélioration. La douleur et le ballonnement diminuent, la tuméfaction de la fosse iliaque droite est moins marquée ; selles spontanée, quelques vomissements, facies meilleur ; la température reste cependant à 38°, 38° 5 ; pas de pus dans les selles.

27 mars. — Rétention d'urine nécessitant le cathétérisme.

28-29 mars. — Etat stationnaire, selles, quelques vomissements. On ne retrouve pas de tuméfaction péri-cœcalé.

30 mars. — Aggravation ; douleurs abdominales plus vives ; météorisme très marqué, langue sèche, soif vive, facies très grippé, vomissements, deux selles. On constate qu'il existe à gauche de l'ombilic de la douleur plus vive et de la submatité. La température, qui était à 37° le matin, monte à 39° le soir ; pouls 120.

31 mars. — Facies péritonéal accentué ; sueurs froides et visqueuses abondantes ; pâleur et refroidissement des extrémités ; température 37° 4 ; pouls 120 à 130, irrégulier, petit ; respiration haletante, soif vive, vomissements. Ventre très météorisé et très douloureux, surtout à gauche.

Laparotomie immédiate ; incision médiane au-dessous de l'ombilic ; dès l'ouverture du péritoine épaissi, écoulement d'un liquide séro-purulent, anses intestinales agglutinées par des fausses membranes et du pus. La main introduite dans la cavité péritonéale trouve à gauche une poche renfermant du pus fétide. A droite, vers le cœcum, poche formée par des

adhérences intestinales et renfermant du pus séreux. On ne peut constater nettement les lésions du cœcum et de l'appendice. Lavage à l'eau bouillie. Mèches de gaze iodoformée dans les deux fosses iliaques et la portion médiane de l'abdomen. Suture incomplète de la plaie pariétale.

Durée de l'opération : 45 minutes (chloroformisation comprise). Pas de choc opératoire ; une demie-heure après, le malade se réveille et se trouve mieux.

Soir à 4 heures : Température 38° ; pouls petit à 120. A 8 heures : sueurs froides, nez pincé, extrémités glacées, pouls imperceptible ; température 39° ; dyspnée, vomissements verdâtres.

1er avril. — Température 38° 8 ; pouls 120, meilleur que la veille ; vomissements nettement porracés ; langue rosée ; diarrhée jaunâtre ; dyspnée, sueurs froides ; connaissance complète. Injection de caféine et de sérum artificiel (30 gr.).

2 avril. — Aggravation. Mort à 3 heures du soir avec une température de 39° 5.

Autopsie. — Péritonite généralisée. Dans le petit bassin, vaste collection purulente, recouverte par la masse intestinale adhérente au détroit supérieur. Exsudats fibrineux dans la fosse iliaque gauche. Appendice de 3 centimètres de longueur situé en place normale ; son extrémité gangrénée baigne dans le pus ; pas de corps étrangers.

Bactériologie du pus : streptocoque surtout, staphylocoque blanc et un bacille qui n'a pas été classé ; pas de bactérium coli.

OBSERVATION IX (Résumée)

(Schwartz. — *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1890, p. 638).

Femme de 30 ans, prise le 27 septembre de coliques très vives, subitement, sans raison apparente, avec localisation dans la fosse iliaque droite, avec constipation. A la suite de l'administration de deux purgatifs, les coliques diminuent, mais tout le ventre devient douloureux et se ballonne, en même temps que se déclarent des vomissements verdâtres et un hoquet continuel. Depuis quelques jours il existe de l'ictère.

Le 21 octobre, au moment où M. Schwartz est appelé à voir la malade, l'état est le suivant : facies tiré, hippocratique, un peu cyanosé, nez froid, pouls petit, battant environ à 130 à la minute ; température oscillant entre 38° et 39°, tombée la veille à 38°5 ; respiration courte et fréquente, vomissements porracés, hoquet continuel. Le ventre est uniformément ballonné et tympanique. A un rapide examen on ne trouve nulle part d'empâtement ni de fluctuation. La fosse iliaque gauche est très douloureuse. MM. Schwartz et Routier portent le diagnostic de péritonite généralisée d'origine inconnue.

Laparotomie médiane. — Anses d'intestin grêle très distendues, exsudats fibrino-purulents qui agglutinent les anses les unes aux autres et à la paroi et qui sont surtout abondants à gauche, d'où sort, à un moment donné, une certaine quantité de liquide sanguinolent, par suite de la rupture d'adhérences. Le cœcum et l'S iliaque sont vides. Subitement, en plongeant plus avant dans la fosse iliaque droite, le doigt crève une poche pleine de pus fétide et de gaz et contenant deux pépins de citron. Incision au-dessus de l'arcade de Fallope, qui permet d'arriver sur l'extrémité inférieure du cœcum et sur l'appendice iléo-cœcal. Celui-ci baigne dans le pus ; il est absolument détruit au niveau de son extrémité et adhère très fortement à la fosse iliaque. On le lie et on le cautérise, puis on l'enlève en totalité. Lavage du péritoine par la plaie médiane. Fermeture complète de cette plaie ; tamponnement à la gaze de la plaie de la fosse iliaque droite.

Mort à 8 heures du soir.

OBSERVATION X (Résumée)

(Ryerson Fowler. — *Méd. News.*, 25 novembre 1893).

Garçon de 16 ans. Début par douleurs abdominales, nausées et vomissements. Le docteur Fowler le vit le deuxième jour.

L'abdomen était distendu avec un empâtement un peu plus

prononcé à gauche. On constatait une zone de sensibilité de trois pouces environ, au-dessous du grand droit gauche, commençant à l'ombilic et s'étendant en bas. Matité dans le flanc et la fosse iliaque gauches. La sensibilité était surtout aiguë dans la région lombaire gauche, s'étendant jusqu'au bord inférieur des côtes en arrière.

Le diagnostic d'appendicite gauche fut fait, et le même jour, on fit la laparotomie médiane. Une grande quantité de sérosité purulente s'écoula du péritoine. On trouve une large cavité suppurée à gauche de la ligne médiane répondant au siège de la matité constatée. La tête du colon et le cœcum étaient déviés de leur position normale, recourbés à gauche et en haut de l'ombilic, et perdus au milieu de fausses membranes adhérentes. Le malade succombe le troisième jour.

L'autopsie montra l'appendice gangrené et perforé ; le cœcum était situé à gauche de la ligne médiane de niveau avec l'ombilic. Outre l'abcès péritonéal, il existait une deuxième cavité purulente communiquant avec la première et s'étendant en haut et en arrière dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal.

OBSERVATION XI (Résumée)

(Ryerson.-Fowler. — *Méd. News*, 25 novembre 1893)

Femme de 25 ans, qui fut prise brusquement de coliques violentes avec nausées et vomissements. Le ventre était douloureux partout, avec une douleur un peu plus marquée au niveau du bord externe du grand droit à gauche.

On crut à une simple colique intestinale. 48 heures après, en se levant pour uriner, la malade ressent une douleur vive à gauche de l'ombilic, suivie bientôt de douleurs généralisées avec collapsus interne et mort au bout de 7 heures.

L'autopsie montra une appendicite perforante. Le cœcum était maintenu par un court méso-colon, presque directement au-dessus du promontoire sacré ; l'appendice, recourbé en haut et en dehors au-dessous du grand droit gauche, était épaissi, infiltré, et perforé à la partie moyenne. Péritonite généralisée.

OBSERVATIOM XII

(Termet et Vanverts. — *Gazette des Hôpitaux*, mars 1897)

Garçon de 8 ans, présentant depuis 2 jours des phénomènes de péritonite : vomissements, constipation, crises douloureuses abdominales uniquement à gauche.

A son entrée à l'hôpital des Enfants malades, on constate les signes d'une péritonite généralisée avec maximun de douleur dans la fosse iliaque gauche.

Le chirurgien de garde, M. Guinard, pratique une laparotomie latérale gauche : la péritonite est généralisée ; dans la fosse iliaque gauche on trouve des débris de poche rompue. On y tronve également le cœcum et l'appendice qui est réséqué. Drainage.

L'enfant meurt le lendemain.

A l'autopsie, on constate que du cœcum situé à gauche part le côlon ascendant qui se dirige obliquement de la fosse iliaque gauche vers l'hypochondre droit, où il se continue avec le colon transverse qui est normalement dirigé de droite à gauche. Le colon ascendant, l'S iliaque sont situés à leur place normale. Le méso-côlon ascendant présente une largeur considérable, surtout à sa partie inférieure, puisque sa ligne d'attache fixé à la paroi abdominale postérieure occupe sa situation habituelle.

OBSERVATION XIII

(Dr Fournier. — *Gazette médicale de Picardie*, janvier 1900)

Appendicite pelvienne gauche. — Une femme de 19 ans, chétive et anémiée, fait une fausse couche le 19 décembre dernier et, depuis lors, elle se plaint du ventre.

Elle entre dans le service de M. Fournier, le 24 janvier, et accuse dans la fosse iliaque gauche des douleurs qui la gênent au point de lui interdire la marche et toute profession. Le palper bimanuel révèle que du côté droit, les annexes sont normales, tandis qu'à gauche de l'utérus il y a une tumeur douloureuse, de consistance assez dure, du volume

d'une petite orange accolée et soudée au bord gauche de l'utérus, au point de faire corps avec cet organe et de se déplacer avec lui. Malgré que l'utérus soit en légère rétroversion, rectiligne et adhérent par sa face postérieure, on peut le mobiliser quelque peu et percevoir le déplacement de la tumeur, qui semble en connexion intime avec cet organe. Comme d'autre part, la douleur provoquée n'est pas excessive, on pense à une grossesse extra-utérine ou à une salpingo ovarite gauche, adhérente à l'utérus.

La laparotomie est pratiquée, elle fait constater l'intégrité de la trompe et de l'ovaire droits. Sur le côté gauche de l'utérus, on décolle une masse inflammatoire dans laquelle se trouve de l'intestin : cœcum et abouchement du colon. Ces organes sont séparés en bloc d'une poche située entre le ligament rond et les annexes gauches. L'ovaire et la trompe gauches, quoique tout à fait voisins de la masse inflammatoire sont absolument sains « Alors, dit M. Fournier, je m'occupe du cœcum, dont j'enlève tous les exsudats et, à son extrémité est une masse dure renfermant quelques gouttes de pus, et qui n'est autre que l'appendice enflammé et détruit complètement par les tissus néoplasiques ».

OBSERVATION XIV

Appendicite pelvienne gauche sans inversion des viscères

(Lance. *Bull.* et *Mém. de la Soc. Anat. 1902*)

B... Eugène, 27 ans, manœuvre, entre à l'hôpital le 9 octobre, il a été pris, la veille, d'une douleur à gauche de l'abdomen à un point de Mac-Burney qui serait à gauche. De là la douleur a gagné toute la partie inférieure du ventre. Pas de vomissements, pas de selles, pas de gaz.

A l'examen le ventre est contracturé dans toute sa moitié sous-ombilicale, surtout à gauche, hyperesthésie marquée, pas de matité. Le maximum de la douleur est à gauche.

Au toucher rectal, rien de particulier. Température 37°2, pouls 85.

On prescrit de la glace et la diète absolue. Le lendemain

matin la scène a changé. Le facies est tiré, le nez pincé. Il présente une obnubilation complète. Pouls à 100 température 37°9. Depuis 4 heures du matin le malade a vomi plusieurs fois. Le ventre n'est pas contracturé, mais fortement balloné, douloureux dans toute son étendue avec un maximum net à gauche.

Monsieur Ricard pose le diagnostic d'occlusion intestinale, dont l'origine serait un volvulus. Il pratique une laparatomie médiane.

Dès l'ouverture du péritoine, il s'échappe une quantité notable de pus louche. Les anses intestinales sont rouges, distendues avec quelques fausses membranes blanches.

On explore rapidement l'appendice et on ne le trouve pas.

Le soir, température 38, pouls 100.

Le 11 au matin l'état est le même. Dans l'après-midi les vomissements recommencent. Le malade se refroidit rapidement et meurt à minuit.

Autopsie le 13 octobre. — Cœcum en place, Appendice long de 14 cent. adhérent sur la face droite du rectum sur une longueur de 10 cent. son extrémité libre, très dilatée, rouge passe devant le rectum et vient se loger le long de son bord gauche.

A la coupe de l'appendice l'extrémité dilatée, présente une plaque de nécrose.

OBSERVATION XV

(Bardley. *Medical and Gazette*, 1878)

Appendicite herniaire gauche

Un homme âgé de 63 ans et porteur d'une hernie inguinale gauche, fut admis à l'hôpital de Manchester, le 8 mars 1878. Il était atteint d'obstruction intestinale.

Cinq jours avant son entrée, sa hernie prit un volume beaucoup plus considérable que d'habitude, mais il put encore la réduire en partie. Il appliqua son bandage. Le jour suivant, elle sortit de nouveau ; il ne put la réduire. Un médecin appelé fit le taxis sans succès.

A son arrivée à l'hôpital, il était porteur d'une hernie inguinale gauche de la grosseur de la tête d'un adulte. Son pénis était entièrement caché par cette tumeur qui n'était pas très tendue.

En faisant tousser le malade, on sentait une légère impulsion. Il vomissait par intervalle, sa température était normale et son pouls à 90. Il n'avait pas eu de selles depuis trois jours. Après un grand bain chaud, on essaya encore le taxis sans succès.

10 mars. — Nuit sans repos. Vomissements fécaloïdes ; hoquet ; visage anxieux. Hernie plus douloureuse. Température 39° 4.

On décida l'opération. On débrida et on essaya la réduction sans ouvrir le sac, on ne put y parvenir. Le sac ouvert, il s'écoula une assez grande quantité de pus d'odeur fécaloïde. On examina l'intestin, mais on ne trouva aucune perforation. Comme une intervention plus longue parut dangereuse et comptant sur la production d'exsudats, on ferma la plaie sans réduire l'intestin.

Au réveil, il y eut encore des vomissements fécaloïdes. De violentes douleurs survinrent bientôt après et il mourut à minuit.

Autopsie. — On trouva dans le sac de l'intestin grêle le cœcum et le colon ascendant. Les anses étaient accolées par des exsudats fibrineux et le cœcum adhérait à la face postérieure du rectum. L'appendice vermiforme considérablement augmenté se trouvait perforé à sa racine.

OBSERVATION XVI

(Herbett. *Médical and Gazette*, 1878)

Appendicite herniaire gauche

Un homme de 65 ans souffrait depuis plusieurs années d'une hernie inguinale gauche qu'il pouvait réduire et qu'il maintenait avec un bandage.

Un jour, subitement, la hernie sort, augmente de volume et devient bientôt irréductible.

On note alors les phénomènes ordinaires de l'étranglement, la tumeur est modérément tendue, elle est douloureuse et irréductible. Nausées. Vomissements.

Opération. — Après huit jours d'attente et les phénomènes ne s'amendant pas, on opère le neuvième jour.

Incision de la tumeur, ouverture du sac. On trouve à l'intérieur, une masse énorme d'intestin perforé qui a amené au dehors l'issue de matières stercorales, et l'apparition d'une péritonite herniaire.

La mort survient au bout de douze heures.

Autopsie. — On trouve dans le sac, l'intestin grêle, le colon, le cœcum et l'appendice. Ce dernier présente vers sa base une ulcération assez étendue qui a donné issue aux matières stercorales.

OBSERVATION XVII

(Karewski. — *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1910, n° 5).

Abcès iliaque gauche revêtant le tableau d'une spondylite gauche.

Dans un cas qui a trait à un garçon de 5 ans, l'appendicite gauche a revêtu le tableau d'une spondylite avec abcès par congestion. Sans fièvre, sans douleurs abdominales, sans symptômes intestinaux, cet enfant a commencé par traîner la jambe gauche, puis a présenté, en flexion une contracture de l'articulation coxo-fémorale. Le redressement de la hanche pouvait se faire, mais provoquait des douleurs très vives ; les mouvements de rotation, d'adduction et d'abduction étaient faciles. Par la palpation, ainsi que par le toucher, on sentait, dans la fosse iliaque gauche, une collection fluctuante du volume d'un poing. Pas de signes de spondylite, mais anciennes cicatrices d'adénopathie cervicale. La ponction qui devait être suivie d'une injection d'iodoforme donna issue à un liquide purulent, ne ressemblant pas à du pus tuberculeux. Une incision, faite dans la fosse iliaque gauche, puis opération plus complète, montrèrent alors qu'il s'agissait d'un abcès péri-appendiculaire, avec un appendice situé à gauche, entouré d'adhérences et de fausses membranes, et perforé à son extrémité.

OBSERVATION XVIII

(Karewski. — *Berlin-Klin. Wochenschr*, 1910 n° 5)

Abcès de la fosse iliaque gauche, revêtant le tableau clinique de l'iléus et diagnostique : iléus avec torsion d'une tumeur de l'ovaire.

Chez une femme de 38 ans, le tableau simulé par l'appendicite à gauche, a été celui de l'iléus. Cette malade avait été prise brusquement de douleurs abdominales avec vomissements, météorisme et arrêt des gaz et des matières fécales. Pas de fièvre. L'examen permit de constater l'existence d'une tumeur fluctuante au-dessus du ligament de Poupart. On diagnostiqua un iléus paralytique avec torsion du pédicule d'une tumeur de l'ovaire. En raison de l'état de la malade, on se contenta d'une ponction exploratrice à travers le vagin. Par le trocart, enfoncé dans le cul-de-sac vaginal gauche, s'écoula un pus abondant. Incision de l'abcès et drainage. Cette intervention amena une amélioration considérable et lorsque, quelques semaines plus tard, on intervint par la laparotomie, on constata que la tumeur de la fosse iliaque gauche était constituée par une collection purulente englobant l'appendice et la trompe gauche soudés tous les deux avec une anse intestinale.

CONCLUSIONS

L'appendicite gauche n'est pas fréquente. Elle relève de deux mécanismes.

Le plus souvent il s'agit d'une appendicite droite propagée à gauche. Cette propagation étant directe : voie lymphatique, abcès qui fuse ou crève à gauche, ou secondaire soit à une première propagation qui se ferait dans le petit bassin, soit à la généralisation insidieuse d'une péritonite torpide.

Dans des cas beaucoup plus rares, il s'agira d'une appendicite véritablement gauche : Inversion des organes, défaut de migration du cœcum et de l'appendice, longueur exagérée d'un appendice à direction transversale interne, chute du cœcum dans la fosse iliaque gauche. L'appendicocèle sera une complication, elle même très rare de cette dernière catégorie.

Cliniquement l'affection se manifestera dans un premier groupe par son début à droite. Les manifestations gauches apparaissent ensuite. A la période

d'état il y a bilatéralité des symptômes avec prédominance dans l'un ou l'autre côté.

Dans un second groupe, la symptomatologie du début et celle de la période d'état sont uniquement gauches. Il y a alors généralement déviation de l'appendice. Parfois les signes à gauche seront la manifestation réflexe d'une appendicite droite où il s'agira encore d'un abcès enkysté gauche, dont l'origine passée inaperçue sera à droite.

Le diagnostic facile quand il y a bilatéralité des symptômes sera délicat quand il y a une symptomatologie uniquement gauche. De toute façon on l'envisagera suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas de tuméfaction iliaque. Le diagnostic de l'appendicite herniaire gauche sera le plus souvent impossible.

On interviendra en pratiquant ou l'incision médiane sous-ombilicale, ou l'incision dans la fosse iliaque gauche.

Pour les appendicites herniaires on fera la cure radicale.

Vu :

Nancy, le 13 Décembre 1920.

Le Président de la Thèse.

WEISS.

Vu :

Nancy, le 13 Décembre 1920.

Le Doyen,

E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 14 Décembre 1920.

Le Recteur de l'Académie,

Ch. ADAM,

Membre de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

Von Arx. — *Cœcum in einer Scrotalhernie. Corr. Bl. f. schw. Artz.*, Déc. 1886.

Aroud. — *Th. de Lyon*, 1900. Contribution à l'étude de l'appendicite à gauche.

Barbet. — *Th. de Paris*, 1898. De quelques formes anormales de l'appendicite avec abcès iliaque gauche.

Bardley. — *Médical and Gazette*, 1878.

Bariety. — Hernies de l'appendice cœcal, compliquées d'appendicite. *Th. de Paris*, 1905.

Bérard et Vignard. — L'appendicite.

Branche. — Les abcès de la région lombaire gauche d'origine intestinale. *Th. de Lyon*, 1912.

Broca (Aug.). — De l'appendicite.

Bruce Young. — *Journal of Anatom. and Physiology*, 1894.

Burkhart. — Pathogénie de la localisation des sympt. du côté gauche dans l'app., *Münsch, méd. Wochenschr*, 11 Décembre 1906.

Bussy. — Appendicalgie saturnine et appendicite. *Th. Paris*, 1912.

Chauveau. — De l'appendicite à gauche, *Th. de Paris*, 1907.

Cavaillon et Chabanon. — *Prov. méd.*, 1907.

Duteil. — *Th. de Bordeaux*, 1913. Des adénites péri appendiculaires.

Esnoult. — Contribution à l'étude des hernies de l'appendice iléocœcal. *Th. de Paris*, 1914.

Farabeuf. — *Progrès médical*, 1895.

Foges. — *Société roy. imp. de méd. de Vienne*, Mars 1896.

Fournier (d'Amiens). — Un cas d'appendicite à gauche. *Bull. Méd.*, Mai 1900.

Jalaguier. — *Soc. de chir.*, 1892, page 382.

Guinard. — Les affections de l'abd. Le Dentu et Delbet.

Hamant. — Les douleurs à gauche de l'append., *R. M. de l'Est*, Décembre 1920.

Harris. — *Journ. Amer. Assoc.*, 21 décembre 1895.

Herbett. — *Médical and. Gaz.*, 1878.

Karewski. — *Berl. klin Wochenschr*, 1910, n° 5.

Lafforgue. — Recherche anat. sur l'app. vermic. du cœcum. *Journal intern. d'anat. et de physiologie*, 1893.

Laizé. — Abcès péritonéaux enkystés second dans l'appendicite. *Th. de Paris*, 1898.

Lance. — Deux cas d'app. pelv. gauche. *Soc. anat.* 1902.

Leguec. — Développement et situation du cœcum chez l'enfant, *Soc. anat.* 1891.

Ménard. — Variétés anatom. de l'app. cœcal et leur influence sur la pathogénie de l'appendicite. *Th. de Paris*, 1912.

Neugebauer. — *Berliner Klin Wochenschr*, 1909.

Obratzoff. — *Médecine moderne*, 1895. page 409.

Petit (Alexis). — Contribution à l'étude de la psoite, *Th. de Paris*, 1898.

Piard. — Les suppurations à distance de l'appendicite, *Th. de Paris*, 1896.

Pujol. — De la hernie inguinale gauche. *Gaz des Hôp.* Octobre 1896.

Ricard. — *Gaz des Hôp.* 1891, n° 17.

Rivet. — *Th. de Paris*, 1894.

Routier. — *Soc. de Chir.* 1890, page 638.

Ryerson Fowler. *Méd. News*, 25 Novembre 1893.

Schwarz (Agram). — Perforative appendicitis in ein scrotal hernie, *Liecnicki Viestnik*, 1898, n° 3. Hongrie.

Senglar. — Appendicite avec symptomatologie gauche. *Th. de Montpellier*, 1905.

Sotty. — Péritonite tuberculeuse à forme d'appendicite. *Th. de Lyon*, 1901.

Termet et Vanverts. — De la prédominance des sympt. à gauche dans l'appendicite. *Gaz. des Hôp.*, Oct. 1896.

Weiss et Hamand. — Les douleurs à gauche dans l'appendicite. Comm. à la *Soc. de Méd. de Nancy*, Nov. 1920.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos	5
Introduction	8
Historique	10
Pathogénie — Anatomie pathologique	12
Symptomatologie	22
Diagnostic	29
Évolution — Complications	37
Traitement	41
Observations	44
Conclusions	64
Bibliographie	67

Ancienne Imprimerie Vagner, 3, rue du Manège, Nancy.